

**AMQ**



ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC

# **D'ABORD LA PERTINENCE**

## **Consultation du Commissaire à la santé et au bien-être**

---

### **Révision du panier de services**

**Janvier 2016**

## TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	2
LES TRAVAUX DE L'AMQ.....	3
UN REGARD VERS LE PASSÉ.....	5
MÉCANISMES D'ÉVALUATION ET COMPARAISONS INTERNATIONALES.....	7
Les mécanismes d'évaluation.....	8
L'implication des acteurs concernés.....	9
Le cas du Royaume-Uni et des Pays-Bas.....	10
LA RÉVISION DU PANIER DE SERVICE.....	12
La pertinence.....	12
La modulation de la rémunération.....	16
Les critères.....	18
Le processus de révision du panier de services.....	20
AGIR EN AMONT.....	25
CONCLUSION.....	27
RÉFÉRENCES.....	28

## **PRÉAMBULE**

L'AMQ est la seule association québécoise qui rassemble l'ensemble de la profession médicale du Québec, soit les omnipraticiens, les spécialistes, les résidents et les étudiants en médecine. Elle compte sur un vaste réseau de membres pour réfléchir aux enjeux auxquels est confrontée la profession médicale, proposer des solutions et innover afin de repenser le rôle du médecin dans la société et de constamment améliorer la pratique médicale.

Notre intervention est guidée essentiellement par notre souci de contribuer efficacement et positivement à l'amélioration des services à la population. Nous sommes la voix objective, non teintée de considérations syndicales ou corporatives, qui est respectée et recherchée sur beaucoup de tribunes, tant au Québec qu'à l'étranger.

D'entrée de jeu, qu'il nous soit permis de saluer l'initiative du Commissaire à la santé et au bien-être de mener des travaux sur le panier de services assurés par l'État en santé et en services sociaux au Québec. L'initiative est d'autant plus pertinente qu'elle est menée en mettant à contribution non seulement les associations et organisations dans le domaine de la santé, mais également l'ensemble de la population.

Comme le Commissaire sera à même de le constater à la lecture du présent mémoire, la préoccupation de l'AMQ à l'égard du panier de services et, plus globalement, à l'égard de l'optimisation de la pratique clinique au Québec n'est pas nouvelle. C'est donc avec un immense intérêt que l'AMQ livre humblement ses réflexions sur cette question sensible qu'est la révision du panier de services.

## LES TRAVAUX DE L'AMQ

Depuis 2013, l'AMQ s'est particulièrement démarquée avec une série de travaux de réflexion et d'action sur l'optimisation de la pratique clinique, le surdiagnostic et le professionnalisme médical. Sans aborder directement l'enjeu que constitue la révision du panier de services, l'AMQ a plaidé de façon constante en faveur de la nécessité de revoir les pratiques cliniques, particulièrement sous l'angle de la pertinence des actes médicaux et des différentes interventions diagnostiques et thérapeutiques. Voyons quelques-unes de ces initiatives.

- En avril 2013, dans un contexte caractérisé par une pression de plus en plus forte sur les finances publiques, l'AMQ publie le document « Optimisation de la pratique clinique : mieux choisir ». Le rapport conclut que le surdiagnostic, le surtraitement, les lacunes dans la coordination des soins, les infections nosocomiales, les erreurs de médication, les incidents évitables et les réadmissions à tous les niveaux dans le réseau de la santé représentent environ cinq milliards de dollars qui pourraient être investis dans des activités plus utiles et pertinentes pour les patients.
- Dans la foulée de ces travaux, l'AMQ pilote une délégation québécoise composée d'une quinzaine de médecins, médecins-gestionnaires et professionnels en recherche et en évaluation, afin de participer à la 1<sup>ère</sup> conférence internationale sur le surdiagnostic à Hanover, New Hampshire, en septembre 2013.
- Forte des enseignements tirés de sa participation à cette conférence internationale, l'AMQ organise, en avril 2014, le 1<sup>er</sup> symposium québécois sur le surdiagnostic, qui constitue aussi une première canadienne. Cette démarche a d'ailleurs suscité l'intérêt de plusieurs organisations sur le plan international.

En prévision de ce symposium, l'AMQ publie un document de réflexion proposant un cadre conceptuel qui identifie les facteurs contribuant à alimenter l'inflation diagnostique et thérapeutique.

Suite à la tenue du symposium, l'AMQ publie le document « Le surdiagnostic : constats et plan d'action ». Ce plan d'action vise à poursuivre la réflexion et les travaux pour l'optimisation de la pratique clinique et, particulièrement, à encadrer les actions qui doivent être entreprises pour réduire et prévenir le surdiagnostic.

- L'AMQ sera d'ailleurs l'hôte de la 5<sup>ème</sup> conférence internationale sur la prévention du surdiagnostic, à Québec, en août 2017. La conférence est organisée grâce à des partenariats internationaux tels que *The British Medical Journal*, *University of Oxford*, *Bond University*, *Consumers Report* et *Dartmouth Institute for Health Policy & Clinical Practice*.
- En mars 2015, l'AMQ publie un document de réflexion sur le professionnalisme médical. En plus de documenter le processus de professionnalisation des médecins dans l'environnement social contemporain, il a comme objectif de susciter une réflexion critique au sein de la communauté médicale. En effet, il est impératif de redéfinir les bases du contrat social qui unit les différents acteurs concernés, c'est-à-dire les médecins, les organisations de soins de santé, les patients et l'État. Ce document de réflexion est au cœur des discussions sur le professionnalisme médical pendant le congrès 2015 de l'AMQ.
- Plus récemment, l'AMQ a publié un document de réflexion sur le rôle de la profession médicale dans la gouvernance du système de santé québécois. On y retrouve les grands principes qui devraient guider la contribution des médecins dans la gouvernance clinique. Par cette initiative, l'AMQ veut miser sur

l'intelligence de la population du Québec qui est sans doute prête à entendre des propositions de la profession médicale sur des sujets autres que la rémunération et le volume d'actes.

Comme on peut le constater, les initiatives de l'AMQ ont permis de sensibiliser tant les professionnels que la population à une utilisation plus pertinente et plus efficiente des services de santé. Il s'agit bien sûr d'un travail de longue haleine, mais néanmoins indispensable.

## **UN REGARD VERS LE PASSÉ**

Lorsqu'il a été institué, au début des années 1970, le régime public d'assurance-maladie visait à permettre aux canadiens d'éviter de se ruiner financièrement à cause de la maladie. À cette époque, les citoyens qui avaient connu les affres de devoir s'endetter pour obtenir des soins médicalement requis exerçaient une certaine autoresponsabilité avant de recourir au système public de soins de santé. Il y avait donc une connaissance intuitive des coûts du système et les professionnels de la santé (surtout les médecins) exerçaient, eux aussi, une certaine retenue compte tenu de leur connaissance des limites financières des patients dans le choix de l'investigation et du traitement.

Depuis, le système de santé a connu plusieurs réformes qui avaient un objectif commun : améliorer l'efficacité et l'efficience du système et en contrôler les coûts. Le moins qu'on puisse dire, c'est que les résultats ont été plutôt mitigés.

Après avoir pris le relais des communautés religieuses (les années 1960), jusque-là principalement responsables des installations sanitaires, le gouvernement a d'abord exercé une gestion très centralisée du système de soins (les années 1970), avant de prendre le virage de la régionalisation, puis celui de la décentralisation. En 2015, il boucle la boucle en légiférant en faveur de l'approche la plus centralisée dans l'histoire du système de soins québécois.

Aujourd'hui, nous en sommes à nous questionner sur la révision du panier de services. Pourquoi ? Parce que les demandes et, par conséquent, les pressions financières sur le réseau de la santé et des services sociaux sont énormes et rien n'indique qu'elles s'atténueront, à moins qu'on ne se livre à un vigoureux coup de barre.

Pour l'année 2015-2016, c'est 32 % des dépenses gouvernementales qui vont à la santé. Ce pourcentage passe à 40 % si on exclut de l'équation le service de la dette et le fonds des générations. La question fondamentale que l'on doit se poser est la suivante : comment peut-on continuer à « investir » davantage en santé, au risque de mettre en péril d'autres missions de l'État tout aussi importantes, comme l'éducation, la sécurité publique, la famille et l'environnement, pour ne nommer que celles-là ?

On peut comparer de la façon suivante la couverture publique des services de santé et de services sociaux au Québec à celle qui prévaut dans la plupart des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : au Québec, la couverture est plutôt étroite, mais très profonde, tandis que dans les autres pays, elle est plus large et moins profonde. En d'autres termes, au Québec, on assure publiquement à 100 % un éventail relativement restreint de services (essentiellement les services médico-hospitaliers), tandis que dans les autres pays la gamme de services assurés est plus large, mais les usagers en défraient une partie des coûts, avec certaines exceptions liées à leur condition économique.

Cette réflexion nous amène invariablement à la conclusion que tirent un nombre grandissant de personnes au Québec, à savoir la nécessité d'introduire une forme de copaiement en santé et services sociaux. Difficile de trouver un sujet qui génère autant de passions. De nombreuses organisations sont fermement opposées à cette possibilité et refusent même d'en discuter invoquant, à juste titre serions-nous tentés de dire, la nécessité de préserver le caractère universel de notre système de soins. L'AMQ, à cet égard, réitère sa préoccupation liée à la notion d'équité et à la capacité de notre société

de maintenir un système de santé accessible, sans égard à la capacité de payer des usagers.

Devant les pressions énormes que subit notre réseau, plusieurs organisations (et de nombreux individus bien en vue) ont eu tendance à privilégier l'une ou l'autre des avenues suivantes, non mutuellement exclusives : un recours plus important au secteur privé, une forme de copaiement assumé par l'utilisateur ou la désassurance de certains services.

L'AMQ, quant à elle, privilégie d'abord une avenue centrée sur la notion de pertinence.

## **MÉCANISMES D'ÉVALUATION ET COMPARAISONS INTERNATIONALES**

Au cours des dernières décennies, de nombreux pays ont été confrontés à des augmentations constantes des dépenses en santé, alors que les ressources sont limitées. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), ces pressions persisteront en raison de certains facteurs, comme l'évolution démographique, les progrès des techniques médicales et les attentes grandissantes des patients (1).

Malgré des progrès importants en ce qui concerne la santé de la population et les soins de santé durant les dernières décennies, la qualité et l'efficacité des systèmes de santé au sein des pays de l'OCDE sont assez inégales. En effet, l'OCDE observe des variations internationales importantes sur le plan des pratiques médicales et celles-ci peuvent s'expliquer en partie par les valeurs des sociétés examinées, par les caractéristiques socio-économiques et par les besoins de soins de santé des différentes populations. Par contre, une utilisation inefficace des ressources pourrait également expliquer ces variations et plusieurs pays pourraient faire des économies avec des processus de soins plus efficaces. Ce constat va dans le même sens que les travaux de *l'American Institute*



*of Medicine* qui estime qu'environ la moitié des soins aux États-Unis sont dispensés sans preuve de leur efficacité (2).

Comment s'assurer d'une utilisation et d'une allocation efficiente des ressources en santé ? Comme le souligne une étude du Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO), « la gestion du panier de services propose de réaliser des gains d'efficience en rationalisant davantage les décisions de couverture et de prestation de soins » (3). Différents mécanismes et processus peuvent être utilisés pour assurer une gestion optimale du panier de service. L'AMQ est d'avis qu'il est important d'évaluer les mécanismes existants et de s'inspirer des pays qui innovent dans ce domaine.

### **Les mécanismes d'évaluation**

La médecine fondée sur les preuves (MFP) et l'évaluation des technologies de la santé (ETS) sont des mécanismes d'évaluation qui peuvent influencer sur l'offre de soins et apporter des réponses quant à l'efficacité d'un traitement médical et la pertinence de le financer, sans toutefois avoir un impact sur la demande.

La MFP fait référence à l'utilisation des meilleures preuves tangibles et récentes issues de la recherche médicale pour la gestion de patients individuels, la prise de décisions fondées sur les données probantes ou dans le cadre d'une politique (recommandations de pratiques cliniques, taux de couverture ou liste des médicaments remboursés) (1). Des initiatives de collaboration ont permis la production des évidences et la publication de protocoles pour faciliter leur application, dont le *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) en Grande-Bretagne et la *Collaboration Cochrane* qui regroupe plusieurs pays. Les différents acteurs (gestionnaires de système, prestataires et patients) peuvent utiliser ces outils pour faciliter la prise de décision.

L'évaluation des technologies de la santé va plus loin que la MFP, car elle prend en compte la pertinence économique d'un traitement médical. En fait, « elle étudie les implications médicales, sociales, éthiques et économiques de l'élaboration, de la diffusion et de l'utilisation des technologies de santé » (1). Dans les faits, ces éléments ne sont pas toujours considérés dans leur ensemble et l'ETS a surtout comme objectif d'éclairer les décisions en matière de couverture. En effet, la majorité des pays de l'OCDE utilisent cette méthode d'évaluation pour déterminer la prise en charge des actes médicaux, des médicaments et des équipements coûteux, mais il y a une variation entre les pays. La majorité des organismes d'ETS jouent un rôle dans l'évaluation scientifique, alors que les décisions sont prises par d'autres acteurs (tiers payeurs, gouvernements ou regroupement d'organismes).

L'OCDE constate que les pays membres de l'organisation s'orientent « vers une institutionnalisation de la MFP et de l'ETS, et vers l'emploi accru de ces deux démarches pour l'élaboration de recommandations de pratique clinique et la prise de décision en matière de couverture » (1). Toutefois, elle note que les pays devraient également suivre plus activement la mise en œuvre des recommandations qui en découlent.

### **L'implication des acteurs concernés**

En plus des mécanismes d'évaluation, des études mentionnent que la participation de patients informés au processus de décision clinique améliore également l'efficacité. En fait, il est préférable que les préférences des patients soient prises en compte dans le choix d'un traitement (1).

La médecine fondée sur les preuves et les études comparatives d'efficacité (démonstration et synthèse des avantages et inconvénients des différents traitements) aident la prise de décision éclairée par le patient dans le choix du traitement. Toutefois, il faut que l'information soit disponible et accessible, ce qui exige une transparence de la part des institutions qui gèrent les pratiques médicales et le panier de service. Aussi,

afin de bien utiliser l'étude des technologies en santé, l'OCDE note que l'implication des acteurs concernés (producteurs, professionnels, patients) est souhaitable, que ce soit sous forme de consultation ou de participation dans le processus de prise de décision (1). Par exemple, le Royaume-Uni encourage les autorités sanitaires et les *Primary Care Trusts* (maintenant désignés sous le vocable de *Clinical Commissioning Groups*) à inclure la population dans les décisions en lien avec le rationnement et l'établissement de priorités (1,5).

### **Le cas du Royaume-Uni et des Pays-Bas**

Dans une étude du CIRANO, les Pays-Bas et le Royaume-Uni arrivent au premier rang pour l'application des mécanismes institutionnels contrôlant l'augmentation des coûts en santé. La situation est différente au Québec, car il y a peu de caractéristiques institutionnelles favorisant l'adhésion aux recommandations des structures d'évaluation (3). En effet, en absence de mécanismes officiels au Canada, l'inclusion des services médicaux au panier de services a surtout été décidée par voie de négociation entre les gouvernements et les associations médicales provinciales (4). Il en va de même au Québec, où cette négociation se fait entre le gouvernement et les fédérations médicales.

Au Pays-Bas, l'assurance-maladie de base est obligatoire pour tous les résidents depuis 2006 et celle-ci couvre un panier de services prédéfini. Celui-ci est géré par la Régie de l'assurance-santé (*Health Care Insurance Board*) qui prend en considération quatre critères pour évaluer les services assurés (6).

1. Les soins doivent être essentiels : est-ce que la maladie, la condition ou le soin requis est justifié dans le contexte culturel actuel ?
2. Efficacité : est-ce que l'efficacité de l'intervention est prouvée et appuyée par des preuves ?

3. Ratio coût-efficacité : est-ce que le ratio entre le coût de l'intervention et le résultat est acceptable ?
4. Faisabilité : est-ce faisable d'inclure l'intervention dans le panier de service, présentement et dans le futur ?

Comme il n'est pas possible d'évaluer tous les traitements qui sont couverts dans le panier de service, la Régie de l'assurance-santé définit des priorités qui sont fixées aux deux ans avec la collaboration des assureurs, des dispensateurs de soins, les associations de patients et les associations médicales scientifiques. Par la suite, le gouvernement définit le panier de service en se basant sur les recommandations de la Régie (6-7).

Le cas du Royaume-Uni est également très intéressant. Le panier de services n'est pas basé sur une liste de services assurés, mais plutôt sur le principe que les services qui devraient être « raisonnablement » inclus le soient. C'est donc à la discrétion des décideurs d'inclure ou non un service. Les orientations du NICE définissent ce qui devrait être couvert par le *National Health Service* (NHS) et dans quelles circonstances. De plus, le NICE fournit des lignes directrices pour les prestataires et les acheteurs pour les pratiques cliniques, les technologies en santé et la santé publique. Jusqu'en 2002, l'adoption des lignes directrices émises par le NICE étaient fortement encouragées, mais pas obligatoires. Depuis, les organisations du NHS doivent financer les médicaments et les traitements recommandés par le NICE dans son évaluation des technologies. Si une technologie ou un médicament n'est pas adopté par le NICE, les organisations doivent respecter cette directive (5). Par contre, même si les recommandations sont contraignantes, il n'existe pas de programme national de surveillance ou de contrôle. Ainsi, le système s'en remet au jugement des professionnels et aux incitations économiques en direction des *Primary Care Trusts (Clinical Commissioning Groups)*(1). Finalement, le Royaume-Uni a adopté une stratégie de désinvestissement des pratiques

qui ne sont plus appropriées, peu efficaces ou qui n'ajoutent pas de valeur à un traitement (3).

Comment le Québec peut-il utiliser s'inspirer de pays qui ont mis en place des mécanismes institutionnels pour contrôler l'augmentation des coûts en santé ? Est-ce que la MFP et l'ETS peuvent servir d'outils intéressants pour élaborer des recommandations de pratiques cliniques efficaces ? Surtout, quelles sont les conditions qui vont assurer que les patients eux-mêmes, les organisations et les professionnels de la santé vont respecter ces recommandations ? Voilà autant de variables qui devraient être considérées dans le processus de révision du panier de services.

## **LA RÉVISION DU PANIER DE SERVICE**

Nous avons choisi d'aborder sommairement la question de la révision du panier de services sous quatre angles. Celui de la pertinence des interventions, du levier que constitue la modulation de la rémunération, des critères qui devraient sous-tendre la décision de couvrir ou non un acte ou une intervention et finalement du processus de révision lui-même.

### **La pertinence**

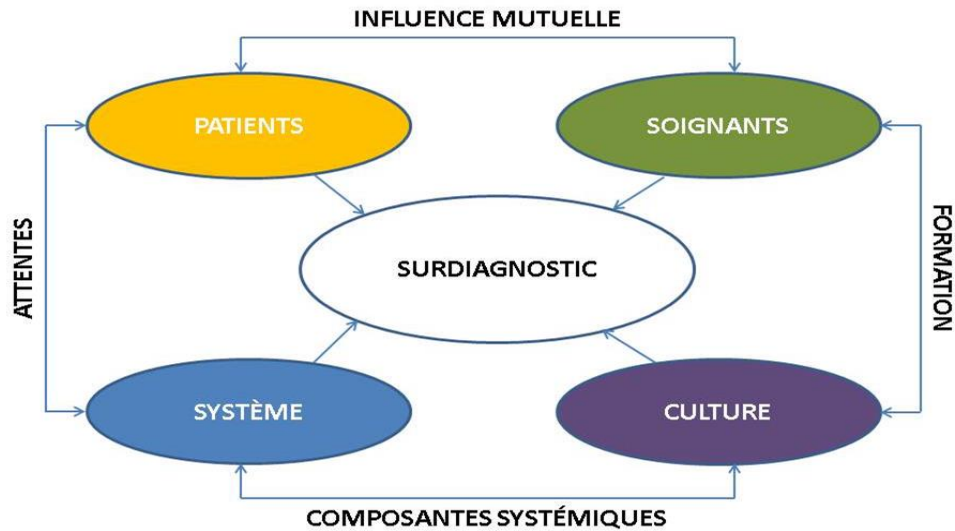
La toute première priorité, pour l'AMQ, consiste à accentuer les travaux visant à identifier les interventions ou tests qui sont inutiles. Avant même de songer à réduire le panier de services assurés, il est indispensable de s'attaquer aux sources de gaspillage, notamment le surdiagnostic et le surtraitement en fonction de certains paramètres. Ainsi, un remplacement de la hanche avec une composante coûteuse en céramique peut être indiqué à 45 ans. L'est-il tout autant à 70 ans pour une personne sédentaire ? Le dosage du cholestérol sur une base régulière est-il justifié en l'absence de maladie cardio-vasculaire chez des personnes sans dyslipidémie ? Et, s'il l'était, est-il encore justifié à 80 ans par exemple ?

Dans le passé, l'AMQ a fait valoir à maintes reprises qu'elle considérait qu'il y avait suffisamment d'argent dans notre système pour assurer la couverture publique de notre système, à condition que cet argent soit utilisé de façon plus efficiente et, surtout, de façon plus **efficace**.

L'AMQ propose que la préoccupation entourant le surdiagnostic et le surtraitement devienne une **priorité nationale**. Cette proposition serait tout à fait cohérente avec les travaux de l'AMQ sur cet enjeu au cours des trois dernières années et en lien avec une des priorités fixées par l'INESSS. En effet, dans un communiqué datant du 11 juin 2015 (8), l'INESSS écrivait notamment ce qui suit :

*Le contexte dans lequel évolue l'INESSS est en profonde transformation. La reconfiguration majeure du réseau de la santé et des services sociaux initiée par l'adoption, le 9 février dernier, du projet de loi 10 vient créer de nouvelles entités et redéfinir les modalités de la gouvernance de ce réseau. L'INESSS adapte déjà son rôle et ses processus pour s'harmoniser avec cette nouvelle réalité tout en continuant de répondre efficacement aux mandats qui lui sont confiés. Il entend notamment prendre un leadership dans le chantier de la pertinence clinique du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. [les soulignés sont de nous]*

Nous ne voulons pas reprendre tout le détail de notre argumentaire qui a alimenté nos travaux sur le surdiagnostic. Il nous apparaît cependant pertinent et important de faire un rappel sur le cadre conceptuel développé par l'AMQ, qui a servi à encadrer les discussions à l'occasion du 1er symposium québécois sur le surdiagnostic, qui s'est déroulé en avril 2014. Le cadre conceptuel est le suivant :



Plusieurs facteurs contribuent à alimenter l’inflation diagnostique et thérapeutique. On peut regrouper ces facteurs en quatre grands vecteurs qui ne sont toutefois pas mutuellement exclusifs. Ainsi, les comportements qu’adoptent les soignants peuvent être influencés par les attitudes et les besoins exprimés par les patients. De même, certaines composantes systémiques très structurantes (par exemple, les modes de rémunération) peuvent influencer tant les politiques de santé que la culture médicale elle-même.

Les attentes que les patients placent dans notre système de santé, alimentées par différents facteurs, contribuent aussi à modeler certains comportements qu’ils adoptent lorsqu’ils interagissent avec des professionnels de la santé. Enfin, la formation que les professionnels reçoivent est également un facteur d’influence non négligeable sur les comportements qu’ils adoptent.

De toute évidence la problématique du surdiagnostic et du surtraitement est multidimensionnelle et multifactorielle. Les stratégies qui seront mises de l’avant pour en contrer les effets pervers devront en tenir compte. La culture de notre système pousse les différents acteurs à multiplier les interventions, tout en minimisant les risques, en amplifiant les bénéfiques et en considérant peu les coûts qui y sont associés.

S'il y a un facteur commun aux quatre vecteurs d'inflation thérapeutique, c'est la certitude fortement enracinée que « faire plus, c'est mieux ».

L'AMQ est d'avis que l'INESSS pourrait s'inspirer de ce cadre conceptuel s'il entend prendre, tel que manifesté, le leadership dans le chantier de la pertinence clinique du réseau de la santé et des services sociaux.

Les avis varient quand il s'agit de pondérer l'importance respective de chacun de ces quatre vecteurs. Une chose est sûre, les pressions exercées par les patients (souvent regroupés en associations financées parfois par l'industrie pharmaceutique) justifient largement la mise en place d'un mécanisme assurant une forme de participation citoyenne aux discussions entourant la révision du panier de services.

Par ailleurs, certains gestes devront nécessairement être posés afin de permettre aux professionnels, en particulier les médecins, de mieux apprécier la qualité des gestes qu'ils posent et des décisions cliniques qu'ils prennent.

À cet égard, il est impératif de mettre en place les outils et les processus qui permettront aux médecins de comparer leur profil clinique avec celui de leurs collègues sur les plans local, régional et national. Pour pouvoir s'améliorer, il faut pouvoir se comparer. Il est clair que, dans cette optique, la Régie de l'assurance-maladie du Québec a un rôle crucial à jouer. Elle devra, dans le respect le plus complet des lois et règlements, faire preuve de plus de transparence, non seulement en partageant les données cliniques qu'elle possède, mais également en mettant son expertise au service des médecins qui veulent en faire l'analyse. L'Institut canadien d'information sur la santé et l'INESSS doivent aussi être mis à contribution dans la mise en place de ces processus d'autoévaluation clinique.



## **La modulation de la rémunération**

Il est connu que les modes et le niveau de rémunération ont un impact sur le volume des interventions diagnostiques et thérapeutiques, sans égard à leur pertinence. L'AMQ propose d'analyser la possibilité de moduler la rémunération de certains actes médicaux en fonction de leur utilité réelle.

Deux options (qui ne sont pas mutuellement exclusives) peuvent être envisagées.

D'une part, l'État pourrait réduire la rémunération liée à certains actes ou services marginalement utiles. Cette stratégie pourrait aussi être étendue à des actes ou services qui sont intrinsèquement pertinents, mais dont la fréquence fait problème. À titre d'exemple, l'examen de routine annuel chez un médecin de famille, par un patient en bonne santé et ne présentant pas de tableau symptomatique inquiétant, pourrait faire l'objet d'une rémunération à la baisse.

La même stratégie pourrait être retenue pour certaines interventions dont la dispensation est devenue désuète. À titre d'exemple, un jeune patient se présente à l'urgence avec une fracture simple du péroné. Il n'a aucun autre symptôme et il est généralement en bonne santé. Le cliché radiologique est interprété par l'urgentologue. Ce même cliché sera réinterprété un ou deux mois plus tard par un radiologiste. Était-ce vraiment nécessaire de payer pour ce service qui, de toute évidence, apparaît comme redondant, d'autant plus qu'il n'aura plus aucune influence sur la pertinence et le type de soins à prodiguer ?

L'objectif général de la mise en place de cette stratégie est évidemment d'induire des comportements professionnels en faveur d'interventions qui sont les plus pertinentes et de décourager le recours à celles qui le sont moins ou qui apportent peu de valeur ajoutée.

Il faut aussi revoir l'équilibre entre les différents modes de rémunération des médecins. Il faut résolument réduire l'importance du paiement à l'acte et privilégier un mode de rémunération mixte où la capitation et le salariat sont davantage valorisés. Il s'agit là d'une condition *sine qua non* pour assurer la responsabilité et l'imputabilité des médecins.

Il faut travailler à déplacer l'incitatif de la rémunération du « volume » vers la « valeur ». Ce serait là l'occasion de mettre fin aux contradictions actuelles entre les incitatifs qui induisent des comportements inflationnistes de la part des médecins, mais qui se heurtent aux mesures de rationnement des gestionnaires soucieux de maintenir l'équilibre budgétaire.

L'autre option consisterait à exiger une certaine participation financière du patient pour un service qui constitue une valeur ajoutée au service de base médicalement requis et pleinement couvert. Revenons à notre exemple du jeune patient victime d'une fracture du péroné. S'il opte pour un plâtre conventionnel, ce service de base est assuré et couvert par le régime public. Il pourrait aussi opter pour un plâtre en fibre de verre, auquel cas il devrait en assumer le coût. Dans le cas de notre exemple de la prothèse de hanche, si une prothèse de céramique pouvait permettre à un patient de 70 de continuer à faire du ski alpin ou continuer d'œuvrer à un emploi physiquement exigeant, pourquoi ne pourrai-il pas contribuer à la différence de coût? Finalement, cette situation n'est guère différente du patient hospitalisé qui choisit une chambre privée et en assume les frais.

Nous sommes conscients que ces exemples sont anecdotiques. Mais c'est avec des anecdotes de cette nature qu'on identifie des habitudes et qu'on cerne des comportements professionnels.

## Les critères

Dans son appel de mémoires, le Commissaire à la santé et au bien-être énonce les critères qui sont généralement retenus pour guider la décision d'assurer ou non la couverture publique des services de santé et de services sociaux. Ces critères sont les suivants :

- Les bénéfices supplémentaires que le service apporte (par exemple, des bénéfices sur l'efficacité, comme l'augmentation de la durée de vie ou l'amélioration de sa qualité, ou encore des bénéfices sur la sécurité, telle la diminution des risques pour la santé)
- La gravité de la maladie ou du problème
- Le nombre de personnes touchées par la maladie ou le problème
- L'urgence du besoin
- L'absence d'un soin efficace déjà remboursé par l'État
- L'ensemble des bénéfices pour le patient, ses proches et la société
- L'importance des coûts que l'État devrait assumer
- L'importance des coûts du service pour l'État par rapport aux bénéfices qu'il apporte
- La solidité des données scientifiques

La Loi canadienne sur la santé (LCS) impose des conditions aux provinces pour assurer le financement public intégral d'une longue liste de services hospitaliers et médicaux. Ainsi, la Loi oblige les provinces à couvrir les « services de santé assurés », définis comme étant tous les services hospitaliers « médicalement nécessaires », les services de médecins « médicalement requis » et les services de chirurgie dentaire qui doivent être dispensés dans un hôpital. À cela s'ajoute cinq critères : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité (9).

Bien que l'étude détaillée de la LCS et de tous les critères nous permettrait de débattre largement de comment ils influencent tous le panier de services des citoyens d'une province, c'est davantage au critère « d'intégralité » et l'expression « médicalement requis/nécessaires » que nous allons nous attarder. En effet, ces notions se retrouvent également dans la loi sur l'assurance maladie à l'article 3 sous le libellé : « Le coût des services suivants [...] est assumé par la Régie [...] : tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical » (10).

Ainsi, la liste des services hospitaliers et médicaux assurés par le régime public dépend de l'interprétation qui est donné aux expressions « médicalement nécessaire » ou « médicalement requis », car ni la LCS ni la loi du Québec sur l'assurance-maladie n'offrent de définition ou de cadre d'interprétation.

Dans la réalité, le gouvernement d'une province négocie avec l'association médicale la nature des services qui seront financés par les fonds publics, en fonction des honoraires versés aux médecins pour les actes posés. Avec les années, cette façon de faire a ajouté des services assurés à la liste et peu de services ont été retirés, ce qui cause le déséquilibre actuellement constaté. Bien que certains gouvernements provinciaux souhaitent et tentent maintenant de retirer des services de leur liste, ces décisions ne peuvent se prendre à la légère. En effet, les gouvernements ont la lourde responsabilité de respecter les valeurs du public, tout en assurant une saine gestion des fonds publics. Si on ajoute le désir de réélection et la joute politique, la prise de décision peut se retrouver basée sur des enjeux loin de la pertinence et de l'efficacité.

Notons qu'en 2002, lors de la Commission sur les soins de santé au Canada, des études comme celles de Flood et Choudhry (11) s'inquiétaient déjà de l'absence de définition de la notion de « médicalement nécessaire » et des effets qui pouvaient en découler. Plutôt que de préconiser une définition statique qui serait rapidement périmée en raison des avancées technologiques et de l'évolution des valeurs, les auteurs ont insisté

sur l'importance de développer des processus de détermination de ce qui est ou non médicalement nécessaire. Bien qu'implicite, l'objectif de financer à même les fonds publics des soins et services de santé dont l'efficacité est prouvée n'apparaît pas clairement dans les lois fédérales et provinciales. En instaurant des processus de détermination de ce qui est médicalement nécessaire, il pourrait être possible de dissocier le choix des services assurés des processus servant à établir la rémunération des médecins et de la joute politique.

Certains exprimeront que la mise en place d'un processus de détermination de ce qui est « médicalement nécessaire » entraînerait une grande réduction des services assurés par les fonds publics. L'expérience d'autres pays, tels que démontré précédemment, montrent plutôt que la mise en place de processus transparents, démocratiques et responsables aident plutôt à protéger la couverture de soins et d'assurer l'efficacité des services.

### **Le processus de révision du panier de services**

L'AMQ recommande la mise en place d'un mécanisme **permanent** de révision du panier de services. L'émergence continue de nouvelles connaissances, les développements technologiques continus et la spécialisation plus poussée des professionnels de la santé continueront d'avoir un effet majeur sur l'offre de soins, notamment sur le volume et la complexité des activités cliniques offertes aux patients.

Cet environnement complexe commande un mécanisme bien structuré qui permettra, sur une base permanente, d'évaluer et d'apprécier les développements cliniques et scientifiques, dans le domaine de la santé et des services sociaux, qui justifient un soutien financier public.

Les évaluations ponctuelles, au gré des changements de gouvernance politique, ne seront pas suffisantes et ne devraient pas être soumises à la joute des lobbys qui s'y

rattachent, comme on l'a vu dans le cas de la procréation assistée. L'influence de l'entreprise privée (notamment l'industrie pharmaceutique) ne s'exerce pas que sur les patients, mais aussi sur l'ensemble des professionnels de la santé. La vigilance est donc de mise afin de soustraire le mécanisme permanent de révision du panier de services à cette influence.

Cette proposition est parfaitement cohérente avec la recommandation que l'AMQ a émise dans son mémoire lors de l'étude par la Commission de la santé et des services sociaux du projet de loi 67 (créant l'INESSS) en 2010. Cette recommandation se lisait comme suit (12) :

*QUE le projet de loi soit amendé de façon à confier à l'INESSS le mandat de mettre sur pied un processus permanent et continu visant à formuler des recommandations sur les actes médicaux, interventions ou médicaments devant être couverts par les régimes publics.*

Il est à noter que cette recommandation n'a pas été retenue par le législateur. D'ailleurs, dans son *Guide de consultation*, le Commissaire reconnaît explicitement cet état de fait :

*Si des mécanismes formels d'évaluation et de décision existent quant à l'introduction de certaines de ces interventions (par exemple, les médicaments), ils sont moins explicites ou moins soutenus par des critères clairs pour de nombreux autres soins et services. Par ailleurs, les mécanismes de révision systématique qui permettent d'établir si les interventions incluses dans le panier de services sont encore pertinentes et efficaces sont plutôt inexistantes.*

Comme le prévoit la Loi, l'INESSS doit évaluer les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé. En toute logique, l'Institut devrait aussi faire des recommandations à l'effet de cesser d'assurer un acte médical ou une intervention qui ne comporte pas d'avantage significatif sur le plan clinique. Inversement, puisque l'évaluation continue du panier des services assurés va dans les deux sens, l'INESSS pourrait recommander qu'un acte, intervention ou médicament soit dorénavant couvert. Ce mécanisme, qui devrait être permanent, permettrait non seulement d'identifier les services (ou actes médicaux/chirurgicaux) qui devraient être

exclus du panier de services, mais aussi ceux qui devraient être assurés en raison de leur impact positif sur l'état de santé de la population.

Ce processus de révision permanent devrait s'appuyer sur une triple tactique :

*1. Bâtir et maintenir des liens étroits avec les « sociétés savantes »*

Il s'agit essentiellement des associations nationales (canadiennes) de spécialistes. Ces associations sont celles qui, (via *Choosing Wisely – Choisir avec soin*) génèrent les recommandations sur les gestes « à ne pas poser » dans chacune des spécialités.

Pas moins de 32 organismes médicaux ont formulé quelque 165 recommandations dans le cadre de la campagne *Choisir avec soin*. Les travaux d'évaluation et d'analyse sont effectués en collaboration avec l'Université de Toronto. Il nous apparaît indispensable de nouer des liens étroits avec les initiateurs et gestionnaires de cette campagne nationale, dont le volet francophone est sous la responsabilité de l'AMQ.

Société distincte oblige, la situation au Québec commande une approche adaptée aux particularités de l'organisation médicale. En effet, au Québec, les associations de spécialistes sont généralement celles qui font partie de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Ce n'est pas faire un procès d'intention à qui que ce soit que d'appréhender quelques difficultés quand viendra le temps de discuter des actes médicaux et chirurgicaux qui devraient être abandonnés...

On pourrait donc songer à mettre en place une structure professionnelle composée de médecins qui seraient indépendants des structures syndicales actuelles et qui pourraient contribuer aux travaux des équipes de *Choosing Wisely*.

## *2. Solliciter et chercher l'appui des compagnies d'assurances privées*

Les compagnies d'assurances privées doivent devenir des partenaires à part entière dans les stratégies de sensibilisation des patients aux meilleures pratiques cliniques. Il ne fait pas de doute que ces entreprises ont tout intérêt à diffuser, auprès de leurs cotisants, l'information pertinente sur l'utilisation judicieuse des tests et des interventions diagnostiques et thérapeutiques.

De plus, les décisions « d'affaires » qu'elles prennent doivent être cohérentes avec les choix de société en matière de couverture publique des services de santé. Il est extrêmement déstabilisant de constater qu'une intervention diagnostique ou thérapeutique qui ne serait plus couverte par le régime public pourrait l'être par un régime privé d'assurance! Un acte médical ne peut pas être non pertinent s'il est remboursé par le régime public et devenir magiquement pertinent s'il est remboursé par un régime privé d'assurance. La même logique s'applique pour le remboursement des médicaments.

Il est clair que les compagnies d'assurances privées ont un rôle clé à jouer en agissant sur l'un des quatre vecteurs d'inflation diagnostique que constituent les patients. Il s'agit d'une obligation morale qu'elles doivent assumer, comme partenaires de l'État.

## *3. Encourager la mise en place d'initiatives locales sur la pertinence*

Dans la foulée du Symposium sur le surdiagnostic de l'AMQ, des initiatives ont spontanément émergé dans plusieurs régions du Québec.

- Le conseil d'administration du CSSS de Laval (intégré depuis au CISSS de Laval) a constaté une augmentation des demandes de traitements et d'examen, auxquelles son organisation n'a pas les capacités de répondre. Les médecins ont reçu le mandat de s'attaquer à la problématique du surdiagnostic et de la sécurité des soins. L'AMQ a donné une formation en janvier 2015 sur la campagne *Choisir avec soin* et les



médecins sont se sont engagés à mettre en œuvre des pistes de solution dans leur milieu. De plus, les journées de formation à venir devront inclure une partie sur le surdiagnostic.

- Des médecins et résidents du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie) ont décidé d'agir activement pour contrer le surdiagnostic dans leur milieu avec plusieurs mesures. Ils ont lancé la campagne de sensibilisation à l'automne intitulée « En matière de soins, plus n'est pas toujours mieux : au CHUS on choisit avec soin ». De plus, ils ont créé une page Facebook, produisent des vidéos et se lancent des défis entre les spécialités afin d'identifier les examens qui méritent une réflexion sur leur pertinence.
- Le colloque « Un réseau qui se questionne pour sa population » a été organisé au Saguenay-Lac-Saint-Jean en novembre 2014. Les participants ont réfléchi à la problématique du surdiagnostic, du surtraitement et de la surmédicalisation. L'événement avait aussi comme objectif de familiariser les participants avec les outils pouvant améliorer l'utilisation d'examens laboratoires et d'imagerie, en plus de certaines modalités thérapeutiques.
- Un comité des services diagnostiques a été créé au CSSS de Papineau (intégré depuis au CISSS de l'Outaouais). Il offre son expertise afin de conseiller le CMDP quant à l'utilisation optimale des plateaux techniques et donne son avis sur la constitution et l'utilisation des corridors de services diagnostiques. Il peut émettre des recommandations à l'exécutif, comme l'élimination d'un test ou le recadrage de son utilisation. Le CISSS de la Côte-Nord a également un comité des services diagnostiques basé sur un modèle similaire.
- Un comité sur la pertinence en radiologie a été mis en place à l'Hôpital de St-Georges en Beauce dans le but de favoriser un meilleur échange d'information entre

les radiologistes et les médecins qui prescrivent des examens de radiologie. Chaque jour, un radiologiste « consultant » est disponible afin de répondre aux questions des médecins et d'évaluer la pertinence des tests si nécessaire.

On ne doit pas qu'espérer que ces initiatives se généralisent, on doit y travailler. Il ne fait pas de doute qu'un leadership fort exercé par le pouvoir central est nécessaire, mais il faut bien reconnaître c'est principalement sur le plan local que les travaux sur le surdiagnostic doivent trouver écho. Des contacts politiques au plus haut niveau pourraient servir à lancer un message clair aux dirigeants des CISSS et des CIUSSS. Mobilisons-nous, sur le terrain, afin de mettre un terme aux interventions cliniques inutiles et coûteuses.

## **AGIR EN AMONT**

Tout en reconnaissant la pertinence de l'initiative du Commissaire à la santé et au bien-être, l'AMQ insiste sur la nécessité d'agir en amont pour prévenir le plus possible le recours au système de santé.

Il est généralement admis que les déterminants sociaux (éducation et situation économique) ont un effet considérable sur l'état de santé des populations, bien plus que le système de santé lui-même. En effet, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les contextes où les gens naissent, se développent, vivent et vieillissent ont une incidence sur leur état de santé global (13).

Les recherches indiquent que la santé des populations est déterminée :

- à 15 % par la biologie et la génétique
- à 10 % par l'environnement physique
- à 25 % par les interventions du système de santé
- à 50 % par l'environnement social et économique

La conjoncture socioéconomique des personnes et des groupes est tout aussi importante, ou même plus, que les soins médicaux ou les comportements liés à la santé. Par exemple, le statut social est l'un des prédicteurs les plus solides de la santé d'une population. D'ailleurs, la politique *L'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé : un rôle pour la profession médicale* de l'Association médicale canadienne (14) indique que la faiblesse du revenu contribue non seulement à la privation matérielle, mais aussi à l'isolement social. En plus des obstacles à l'accès aux soins de santé pour les personnes à faible revenus, des recherches ont révélé que les groupes désavantagés ont tendance à moins se conformer aux traitements médicaux, ce qui entraîne de la douleur, des rendez-vous manqués, le recours accru aux services de médecine familiale et un nombre accru de visites à l'urgence, et des augmentations correspondantes des coûts.

L'environnement social et économique ayant une incidence directe sur les habitudes de vie, il nous apparaît primordial de maintenir les efforts de prévention, d'éducation et de promotion de la santé. Dans cette optique, c'est avec beaucoup d'inquiétude que l'AMQ observe le désintéressement et le désinvestissement de l'État à l'égard de la mission santé publique. Nous considérons que cette orientation ne peut qu'avoir des effets néfastes sur la santé de la population et, par ricochet, sur les coûts de santé.

## CONCLUSION

Quels que soient les choix du Québec, si rien ne change, la croissance continue des dépenses de santé risque de compromettre la viabilité de notre système public de santé. Les coupes paramétriques ne font qu'amplifier le risque et ne reconnaissent pas les secteurs d'excellence, ni les besoins particuliers. Les réformes de structure seules donnent peu de résultats. Par ailleurs, il est de plus en plus reconnu qu'il y a assez d'argent dans nos systèmes de santé, tant au Québec qu'au Canada, et que la marge de manœuvre réelle, à court et à moyen termes, réside dans la transformation des pratiques cliniques et des pratiques de gestion clinique.

Dans cette optique, la révision du panier de services, comme nous l'avons mentionné précédemment, doit devenir un processus permanent. Les développements technologiques croissants vont toujours alimenter les pressions pour augmenter la couverture publique des services de santé. Il convient donc, plus que jamais, d'intensifier nos efforts afin d'évaluer les tests et les interventions diagnostiques et thérapeutiques en fonction de leur pertinence, le tout selon des critères rigoureusement scientifiques. Il faut aussi se servir de la rémunération comme levier favorisant une utilisation plus efficace des interventions, menant graduellement à l'abandon de certains actes médicaux jugés peu pertinents et sans valeur ajoutée significative.

Enfin, il faut des campagnes de sensibilisation et d'éducation auprès du public sur les façons et les moments d'avoir recours aux soins et services de santé, sur les coûts qu'ils engendrent, sur les niveaux de compétence requis ainsi que sur la pertinence des interventions diagnostiques et thérapeutiques qui existent ou qui seront développées.

En somme, utilisons la pertinence comme outil de dépolitisation de la révision du panier de services.

## RÉFÉRENCES

1. OCDE. 2010. *Optimiser les dépenses en santé*, Paris : Éditions OCDE.
2. Institute of Medicine. 2010. *Initial National Priorities for Comparative Effectiveness Research*, Washington: Institute of Medicine of the National Academies.
3. Castonguay, J. 2011. *Analyse comparative des mécanismes de gestion des paniers de services*. Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations.
4. Marchildon, G. P. 2013. « Canada: examen du système de santé », *Systèmes de santé en transition* 15 (no 1).
5. Boyle, S. 2011. « United Kingdom (England): Health system review », *Health Systems in Transition* 13 (no 1).
6. Kroneman, M. et J. D. de Jong. 2015. « The basic benefit package : composition and exceptions to the rules. A case study », *Health Policy* 119 (no 3).
7. Schäfer, W., M. Kroneman, W. Boerma, M. van den Berg, G. Westert, W. Devillé, et E. van Ginneken. 2010. « The Netherlands: Health system review ». *Health Systems in Transition* 12 (no 1).
8. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. « L'INESSS accueille favorablement le rapport sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi sur l'INESSS et des impacts de ses activités », Communiqué de presse, 11 juin 2015.
9. Gouvernement du Canada (1985). *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C., c. C-6. Récupéré de <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>
10. Gouvernement du Québec (1970). *Loi sur l'assurance maladie*, RLRQ, c. A-29. Récupéré de [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A\\_29/A29.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_29/A29.html)

11. Flood, Colleen M. et S. Choudhry. 2002. *Consolider les fondements : La modernisation de la Loi canadienne sur la santé*. Ottawa : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
12. Association médicale du Québec. 2010. *Mémoire sur le projet de loi 67 – Loi sur l'INESSS*. Québec : Commission de la santé et des services sociaux.
13. Organisation mondiale de la santé. 2008. *Comblé le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : Commission des déterminants sociaux de la Santé.
14. Association médicale du Canada. 2013. *L'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé : Un rôle pour la pression médicale*. Ottawa : Politique de l'AMC.